

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

M22- 0011414

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 16164  
 Nom & Prénom : BALMANE Mohamed  
 Date de naissance : 01-01-1941  
 Adresse : Cité Djémaa Jamila F. Rue 19 n° 15 Casablanca  
 Tél. : 0661789212 Total des frais engagés : 11.06.90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**D' EL KETTANI Asmaa**  
Ophthalmologiste  
Casablanca

Date de consultation : 10/04/2023

Nom et prénom du malade : EL HAMDOU HABIBA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : \_\_\_\_\_

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 10/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01/23	C S I P I U		350DH	D' EL KETJANI Asmaa Ophtalmologiste Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DOUILLER</b> 14, RUE DE LA CHAPELLE 75018 PARIS TÉL. 34600700	10 <u>04</u> <u>23</u>	FF 56,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
25533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ORDONNANCE

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

10 avril 2023

Mme EL HAMDOU HABIBA

### 1/ SOINS des paupières

chauffer les paupières avec un linge humide et tiède puis masser les paupières puis rincer au serum physiologique, dans les deux yeux

99,00

ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
219.30 DHS

### 2/ PHYLARM

1 lavage oculaire après soins, dans les deux yeux

(19,30 x 3)

ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
219.30 DHS

### 3/ IDROFLOG

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
219.30 DHS

1 = 1756,90

HARMACHE DOUOUNIA  
Jame Noufissa  
Bis C.D CASA T45 N°108  
ICE:001534607

Dr EL KETTANI Asmaa  
Ophtalmologiste  
Casablanca

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N°: 8562 / 2023 du 10/04/2023

Nom patient **EL HAMDOU HABIBA**  
**PAYANT**

Entrée 10/04/2023  
Sortie 10/04/2023

### CONSULTATION - DR KE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	CONSULTA	1,00	100,00	100,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>100,00</i>
<b>Total Clinique</b>				<b>100,00</b>

PR. EL KETTANI ASMAA (ophtalmologue)	CONSULTA	1,00	250,00	250,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>250,00</i>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>250,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>350,00</b>

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532 Bd Panoramique  
Tal: 05 22 77 77 40 Fax: 05 22 25 00 09 (E9) 99